Rok XXX. Kraków, 8 Sierpnia 1891. Nr. 32.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ $1^1/_2$ „ | „ $3^1/_2$ „ | „ 6 „ |




## I. Przyczynek do prawa peryjodyczności w przyrodzie i życiu.

Podał
Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

Jest rzeczą ogólnie wiadomą, że niektóre objawy w przyrodzie okazują w swym przebiegu pewną peryjodyczność. Adsersen[1]) robił w roku zeszłym ciekawe porównawcze badania nad peryjodycznością niektórych zjawisk w przyrodzie i życiu. Użył on do badań swoich tablic Vietha z Anglii, który wykazał, że składniki suche w mleku krowiem znaczną okazują zwyżkę zawsze od sierpnia do listopada, poczem zwyżka zmniejsza się początkowo prędzéj, następnie powolniéj, aby od kwietnia do czerwca na równéj utrzymać się wysokości. Zwiększona ilość suchych składników w mleku zależną była prawie jedynie od zwiększonéj w tym czasie zawartości tłuszczu. Adsersen porównywał linije krzywe w tablicach Vietha z krzywemi Malling-Hansena, który graficznie przedstawił zwyżkę ciężaru dzieci w zakładzie głuchoniemych w Kopenhadze od r. 1882—1885. Otóż okazało się najwyraźniéj, że obie linije krzywe miały w różnych swych okresach wahania wielkie do siebie podobieństwo i że peryjodyczność dwóch tych tak różnych objawów była widoczną. Jeżeli badania późniejsze także w zawartości i ilości składników mleka kobiet pewną stałą wykażą peryjodyczność, to objaśni nam to niejedne nieprawidłowości, jakie nieraz w czasie karmienia zachodzą, a które dotychczas trudno było sobie nieraz wytłomaczyć. Magelssen[2]) (Christiania) statystycznie udowodnił, że np. temperatura tworzy w przebiegu swym linije falowe, które także pewną uwydatniają systematyczność i peryjodyczność do tego stopnia, że Magelssen rozróżnia fale tygodniowe, które zazwyczaj regularnie albo 12 dni albo 11—13 dni trwają, fale wiosenne, letnie, jesienne i zimowe, z których każda ma swoje charakterystyczne znamiona.

Na ostatnim międzynarodowym Zjeździe lek. w Berlinie miał Ott z Petersburga w sekcyi ginekologicznéj wykład o prawie peryjodyczności fizyjologicznych czynności w ustroju kobiecym. Ott czynił wraz z Dr. Sziszarewem dokładne badania tętna, ciepłoty, odruchów rzepkowych, wydzielania kwasu moczowego w czasie peryjodu i po miesiączkowaniu, aby się przekonać, o ile odnośne badania Reinla, Reprewa, Goodmana, Stephansona, pani Jakoby i Rabuteau są prawdziwe i czy w rzeczy samej można mówić o prawie peryjodyczności u kobiet. Ott doszedł do wniosku, że energija funkcyi ustroju kobiecego zwiększa się przed rozpoczęciem się miesiączkowania, natomiast zmniejsza się bezpośrednio przed lub przy rozpoczęciu się krwawienia. Tak więc hypoteza Goodmanna, Reinla i innych, przyjmująca falowanie czynności ustroju kobiecego, została przez doświadczenia Otta udowodnioną. Jeżeli jednakże Ott następnie twierdzi, że prawo peryjodyczności takiéj tyczy się jedynie kobiet, znajdujących się w okresie zapłodnienia, a więc nie znachodzi się ani u dziewczynek przed rozpoczęciem się peryjodu ani u kobiet, znajdujących się w latach przechodowych, nie mówiąc już wcale o mężczyznach, to zdanie to już w czasie zjazdu nie wydawało nam się prawdopodobne i powątpiewanie moje w téj mierze otwarcie prof. Ottowi wyraziłem.

Chcąc się jednakże przekonać, o ile przypuszczenie moje w przeciwstawieniu do ostatniego twierdzenia Otta jest słuszne, zadałem sobie pytanie, jaką jest wydzielająca siła ustroju w różnych porach dnia, z uwzględnieniem mężczyzn i kobiet, jeżeli organizmowi w równych odstępach czasu podamy równe ilości tych lub owych ciał, któreby następnie łatwo można przez odnośną reakcyję wykazać w moczu. Tak jak w klepsydrze ciągle spada równa ilość piasku w jednym i tym samym czasie, tak samo postępowałem w do

[1]) *Hospitals Tidende* Nr. 16, 1890. — [2]) *Ueber die Abhängigkeit der Krankheiten von der Witterung*, tłom. przez Waltera Bergera; Lipsk. Thieme 1890.

świadczeniach moich z zażywaniem odnośnego ciała. Używałem do doświadczeń tych salicylanu sodu, bo ciało to można łatwo wykazać w moczu za pomocą chlorku żelazowego wskutek powstawania ciemno-niebieskiego zabarwienia. Doświadczenia robiłem na sobie i dwóch kobietach. Co godzinę zażywaliśmy 0·5 salicylanu sodu, co godzinę był mocz odpuszczany i wlewany w ponumerowane epruwetki. Jeżeli było potrzeba, tj. jeżeli ilość moczu była za małą, dodawałem do pojedyńczych oddziałków moczu tyle wody, aby ilość płynu w pojedynczych szkiełkach była równa. Następnie badałem zawartość salicylanu sodu w moczu za pomocą chlorku żelazowego. W dniu doświadczenia jedliśmy óbiad między 12 a 1 w południe. Nie będę Panów trudził przytaczaniem pojedynczych doświadczeń i całych szeregów liczb i notatek, nadmienię tylko, że doświadczenia moje wykazały, iż reakcyja ciemnoniebieska, była zawsze największą około 4-téj godziny i że następnie niebieska skala odczynu na salicylan sodu coraz mniéj stawała sią wyraźną. Przy robieniu odnośnéj reakcyi tworzył się najpierw żółtawy osad fosforanu żelaza a następnie dopiero przy dalszem dodawaniu chlorku żelazawego występowało fijoletowe zabarwienie. Aby się przy téj sposobności przekonać, w jakim czasie pierwszą zażytą dawkę salicylanu sodu można już w moczu wykazać, badałem mocz co 5 minut po zażyciu pierwszéj porcyi. Oto znalazłem w maleńkich tych ilościach moczu, że już w 15 minut po zażyciu można salicylan sodu w moczu wykryć. Po ostatniéj zażytéj dawce jeszcze przez 36 godzin okazywał mocz wyraźny lub mniéj wyraźny odczyn, poza tym czasem nigdy go już w moczu nie mogłem skonstatować. To też powtarzając doświadczenia moje i chcąc mieć wynik czysty, zawsze robiłem dwudniową pauzę między jednem a drugiem doświadczeniem.

Druga seryja doświadczeń moich miała na celu wstrzykiwanie podskórne salicylanu sodu co godzinę, aby się przekonać, jaki będzie wynik odczynu w moczu w porównaniu z doświadczeniami, w których tak ja, jak i owe 2 kobiety preparat ten wprowadzaliśmy do ustroju chorego. I tutaj był wynik taki, że największe oddziaływanie w moczu było około 4-téj godziny popołudniu. Tak jak przy pierwszych doświadczeniach i teraz jedliśmy objad między 12 a 1-szą w południe. Kilka doświadczeń z podskórnem wstrzykiwaniem 3% jodku sodowego i badanie moczu przez dodanie kilku kropli dymiącego kwasu azotowego (ciemno-żółte zabarwienie moczu przy zawartości w nim jodku sodowego) a następnie skłócenie moczu z chloroformem (zabarwia się wtenczas fijoletowo) dały ten sam wynik. Wyniki te nie są, jak sądzę, bez znaczenia, bo wykazują one najpierw, że bez względu na to, czy się tyczy mężczyzny czy kobiety, siła wydzielająca ustroju widoczną okazuje peryjodyczność, a nadto, że około godziny 4-téj popołudniu siła wydzielania z ustroju czy to salicylanu sodowego, czy jodku sodowego itd. jest największą. Jest to o tyle daléj rzeczą ważną, że w tym samym popołudniowym czasie jest, jakto doświadczenia innych badaczy wykazały, także najsilniejsze wydzielanie się z ustroju karbonoilu dwuamidu czyli mocznika, kwasu węglowego a nadto w tym samym czasie jest i ciepłota (Liebermeister, Jürgensen[1]) najwyższą, jak niemniéj i siła tętna serca.

[1]) Landois: *Lehrbuch der Physiologie des Menschen.* Wien 1891, str. 414 i 415. Cf. także tablicę na str. 415.

Dlaczego właśnie około 4-téj godziny popołudniu siła wydzielająca ustroju jest największą i od czego ta zwyżka życiowych objawów w tym właśnie czasie jest zależną, trudno na razie odpowiedzieć. Czy może więcéj w tym czasie wchodzi salicylanu sodu lub też innych ciał w krew, a w takim razie zkąd i dlaczego, czy może nerki pracują peryjodycznie silnie, to znów słabo tak, że i przy równéj zawartości odnośnych ciał w krwi, takowe w pewnych czasach w większéj wydzielane bywają ilości, czy siła ciśnienia krwi, względnie jéj szybkość znacznie się popołudniu zwiększa, wszystko to są pytania, które mogłyby może sprawę całą wyjaśnić.

Byłoby też możliwe, że obiad, który w czasie godzin południowych spożyliśmy, nie był tutaj bez wpływu. Aby się o tem przekonać, nie jadłem od 8 rano do 8 wieczorem, powtarzając doświadczenia z salicylanem sodowym w ten sam sposób, jak w pierwszych moich doświadczeniach. Reakcyja to jest fijoletowe zabarwienie moczu było tutaj w południe i popołudniu równo znaczne. Podług tego byłaby wydzielająca siła ustroju przy głodzie równie wielką od południa do 5-téj godziny po południu, chociaż już nie tak wielką po południu w stosunku do czasu południowego, jak wtenczas, jeżeli spożywa się obiad między 12 a 1-szą. Obiad więc ma pewien wpływ na wydzielającą siłę organizmu, lecz go sam bynajmniéj nie wywiera. Wchodzą tu widocznie inne, jeszcze nieznane powody. Aby wykazać, czy natężenie fizyczne wpływ jaki wywiera na wydzielającą siłę ustroju, zrobiłem następujące doświadczenie. Ponieważ zazwyczaj rano siła wydzielająca ustroju jest mniéj lub więcéj ta sama, to też w czasie przedpołudniowym robiłem odnośne doświadczenia. A że Katzenstein, pracujący w laboratoryjum Zuntza w Berlinie, wykazał w pracy umieszczonéj w ostatnich zeszytach Archiwu Pflügera, że z różnych natężeń fizycznych kręcenie rękami ergostatu Gaertnerowskiego wywołuje największą i najsilniejszą przemianę materyi, przeto też i ja przy doświadczeniach moich kręciłem przez 30 minut korbę ergostatu, zawiesiwszy ciężar na ostatniéj kresce (25) aparatu, aby jak największe z méj strony robić wysiłki. Wynik doświadczenia był ten, że po półgodzinnéj pracy mocz bardzo silną okazywał reakcyję czyli innemi słowy, że praca fizyczna widocznie ma wpływ na wydzielającą siłę ustroju. Nadmienić mi jeszcze wypada, że czyniąc doświadczenia miałem wrażenie, jakoby ilość moczu pod wpływem salicylanu sodu się zwiększyła. Zastrzegam się jednakże, że dokładnych badań w tym kierunku wcale nie robiłem.

Tak więc po zreasumowaniu doświadczeń moich okazuje się, że siła wydzielająca ustroju stosuje się do pewnych praw peryjodyczności bez względu na to, czy chodzi o kobietę czy o mężczyznę, że więc twierdzenie Otta, jakoby peryjodyczność objawów fizyjologicznych była tylko charakterystyczną dla kobiet, znajdujących się w wieku zdatnym do zapłodnienia, w takiem brzmieniu nie jest słuszne. Doświadczenia nasze zdają się choć w części potwierdzać zdanie Mallinga-Hansena, który twierdzi, że wszystkie organiczne funkcyje na całéj ziemi znajdują się w bezprzestannych i do siebie podobnych większych lub mniejszych wahaniach czyli oscylacyjach.

Poznać powody téj peryjodyczności w przyrodzie i życiu będzie zadaniem badań przyszłych pokoleń. Czy może już w każdéj pojedynczéj komórce lub jéj zarodzie objawia

się to peryjodyczne wahanie i czy tu właśnie nie należy szukać rozwiązania zagadki peryjodyczności w czynnościach ustroju, któż to dzisiaj przewidzieć może?

II. Z zakładu farmakologicznego prof. J. Łazarskiego w Krakowie.

## O sulfaminolu.

Podał
Dr. Jan Wojtaszek, asystent.

W kwietniu r. z. równocześnie z pyoktaniną i sinkiem rtęci i cynku polecił Merck sulfaminol, nowy środek antyseptyczny, połączenie fenolu ze siarką t. zw. *thiooxyphenyldiamin*. Jest on proszkiem barwy żółtawéj bez woni i smaku, rozpuszczającym się w alkaliach, alkoholu kw. octowym aż do małych pozostałości wejrzenia żywicznego, w węglanach alkaliów jest on prawie nierozpuszczalnym a najlżejsze nawet ogrzanie zmienia go w masę brunatną żywiczną. W ustroju jakoteż z sokami tegoż ma się on rozkładać na siarkę względnie na siarkany i kwas karbolowy, który ma wywierać działanie antyseptyczne.

W tym celu jednak doświadczenia czynione na królikach i na chorych wykazały, że rozkład ten jest raczéj teoretycznie wyrozumowanym, niż wynikiem rozbioru moczu; badanie bowiem tegoż nie wykazało ani zwiększenia siarkanów nieorganicznych, ani fenelosiarkanów. Sulfaminol według Koberta można wstrzykiwać podskórnie zwierzętom bez szkody w ilości 0·9 na klg. wagi zwierzęcia; doświadczenia jednak, które robiłem na królikach, wykazały, że nietylko w téj dawce, ale nawet 3 lub 4 razy większéj nie przynoszą żadnéj szkody zwierzęciu i nie wywołują żadnych zboczeń w ustroju. Wstrzyknięty pod skórę zachowuje się zupełnie jak ciało obce i po kilku dniach ulega otorbieniu. Wewnętrznie podawany w dawkach jeszcze większych, bo przeciętnie 4 gr., królikom ważącym 1600 gr. nie wywołał żadnych zboczeń, prawie wszystek można było wykazać w kale, a po zabiciu zwierzęcia jako jedyną zmianę można było zauważyć nieznaczne przekrwienie żołądka. Dla znacznéj przyczepności wydalanie się jego z przewodu pokarmowego trwa kilka dni. Po tych więc doświadczeniach nie można sulfaminolowi przypisać żadnego działania fizyjologicznego. Mimo jednak braku jakiegoś działania fizyjologicznego zachodzi pytanie, czy przecież ten środek zewnętrznie używany można uważać za *antisepticum?* Pierwszy Schmidt z Frankfurtu używał go we wrzodach gruźliczych krtani i w ropieniach jamy szczęki górnéj, w których to przypadkach miał usuwać przykry zapach. Z mojego jednak zastowania w raku wrzodziejącym języka i gruczołów podszczękowych to wcale nie wynika, gdyż nie okazał on działania odwaniającego.

Rabow (*Therap. Monatshefte* 1890, 6) również podaje korzystne wyniki, otrzymane za pomocą tego środka przy gojeniu wrzodów podudzia, odleżyn i w *cystitis ex myelitide*. Chcąc się przekonać o tem działaniu, stosowałem ten środek u kilkunastu chorych z wrzodami miękkiemi prącia i w jednym przypadku *cystitis ex hypertrophia prostatae*. Wrzody posypywane nim przy antyseptycznem zresztą leczeniu nie okazywały mimo podań Rabowa wcale większéj dążności do gojenia się, w tym więc względzie nie może on zająć miejsca jodoformu. Ujemne jednak działanie jego okazało się w wejrzeniu granulacyj; te nie wyglądały tak pięknie czerwono jak po jodoformie, ale były jakby pokryte szarawym nalotem, jednem słowem miały wejrzenie drętwe. W przypadku *cystitis* oprócz gniecenia w żołądku i odbijań, z powodu których chory nie chciał używać sulfaminolu, żadnego wpływu na czystość moczu nie zauważyłem.

Tak więc środek ten, jakkolwiek mający wyższość nad jodoformem mianowicie w swéj bezwonności i trudności wessania nie może tegoż zastąpić choćby już dlatego, że jest on środkiem niepewnego składu, a tem niepewniejszego działania.

III. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

## Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową

na podstawie 4057 przypadków

zestawił
Dr. Leon Wachholz,
asystent Uniw. Jagiell. i lekarz praktykujący w tymże oddziale.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

J. K. mężczyzna, z *fistula urethrae* przy pierwszem zespojeniu przetoki $\frac{11+3}{7+9}$, przy powtórnem $\frac{17+5}{10+15}$ przy plastyce cewki $\frac{18+12}{7+17}$ w odstępie kilkunastu dni. Najwięcej zaś wybitny przypadek, gdzie już po kilku dniach był powtórnie i poraz trzeci narkotyzowany odnosi się do I. K. kozaka z zwężeniem cewki.

1) $\frac{12+30}{5+40}$, 2) $\frac{18+20}{8+37}$, 3) $\frac{28+15}{20+10}$. Jakkolwiek mała to liczba przypadków, przecież zdaje mi się, iż z pewnem prawdopodobieństwem należy przypuścić w nich przyzwyczajenie się do chloroformu, skutkiem czego ilość chloroformu potrzebna do znieczulenia wzrastać musiała.

2) od zasobu krwi chorego; u niedokrewnych ilość chloroformu zużyta, jakkolwiek nieznacznie przeważnie większą była;

3) od rodzaju choroby. Wszyscy dotknięci nowotworami złośliwemi, głównie zaś rakiem zużytkowywali znaczniejsze ilości chloroformu.

Na 167 przypadków raka zużyto 2296 gr. chlorof. w czasie 28 godzin i 83 sekund czyli, że w porównaniu z resztą przypadków okazuje się: iż 9 razy większa liczba chorych nie dotkniętych rakiem zużyła tylko 7 razy większą ilość chloroformu. Stąd też średnia ilość chloroformu zużytego u chorych rakiem dotkniętych wynosi 13·7 grama, gdy średnia u innych chorych nie dotkniętych rakiem wynosi 10·05 gr. chloroformu, a więc chory dotknięty rakiem zużywał przeciętnie o 3·65 gr. chloroformu więcéj w ciągu narkozy.

Chorzy ci potrzebowali również dłuższego czasu do znieczulenia, bo gdy średnia ogólna czasu = 9·1, to średnia u nich wynosi 10·3. Z wszystkich zaś przypadków raka najwięcéj chloroformu do wywołania narkozy zużyto w przypadkach raka przybłonkowego warg (*epithelioma labii*), dlatego to późniéj w tych przypadkach stosowano chloroformowi do pomocy kokainę.

Ilość chloroformu, zużyta aż do końca operacyi zależała głównie od trudności zabiegu, tem samem od czasu jego trwania. Jednak zauważyć można, że i tam była wielką, gdzie operowano na twarzy przy zwykłéj masce Esmarcha. Ta bowiem raz nasiąknąwszy krwią i płynami antysepty-

cznemi nie przyjmowała chloroformu, który z maski natychmiast po wlaniu ściekał.

W niektórych przypadkach stosowano chloroform i eter do narkozy, lub chloroform i kokainę lub łącznie te trzy środki razem.

Chloroform wpływa na czynność serca w ten sposób, iż ją z początku narkozy przyspiesza, potem zaś zwalnia głównie z powodu obniżenia pobudliwości ośrodków sercowych a może i samego mięśnia sercowego (Ranke) nadto obniża on parcie krwi przez osłabienie pobudliwości ośrodka naczynio-ruchowego Wszystkie środki ogólnie znieczulające osłabiają pobudliwość ośrodka naczynio-ruchowego w mniejszych dawkach stosowane, przezco tętno staje się wolnęm, miękkiem, a krzywa sfygmograficzna nie okazuje wcale elewacyi od elastyczności ścian naczyń pochodzących, lub tylko elewacyje słabo zaznaczone. Środki te w większych dawkach zastosowane sprowadzają porażenie ośrodka naczynio-ruchowego i ośrodków serca, a zatem i śmierć.

To też bardzo często zdarza się, iż chory nagle w czasie narkozy zblednie a tętno na tętnicy sprychowej bardzo słabo wyczuwalnem się staje. Zdarza się to u osób niedokrewnych, zwłaszcza jeżeli one większą ilość chloroformu zużyły, lub co ważniejsza, jeżeli wdechały powietrze nazbyt parami chloroformu nasycone. Niebezpieczne te objawy przy narkozie występujące, będące niejako wstępem do synkope (omdlenia) a co gorsza do nagłej śmierci, są rzadszemi przy użyciu eteru do narkozy. Tylko eter z pośród wszystkich środków ogólnie znieczulających wyróżnia się słabem działaniem na ośrodek naczynio-ruchowy i ośrodki serca, i tem to należy sobie tłómaczyć powrót do eteru jako bezpieczniejszego środka u wielu operatorów. Gdy chloroform głównie na serce i naczynia szkodliwie wpływa, to eter przeciwnie działa szkodliwie na ośrodek oddechowy, wywołując nawet śmierć przez porażenie tegoż.

Mając zawsze na pamięci działanie chloroformu i eteru, stosowaliśmy eter zawsze w tych przypadkach, w których nas auskultacyja pouczyła o nieprawidłowym stanie serca, lub w przypadkach wymagających dłuższéj narkozy u osób niedokrewnych i wyniszczonych, lub wreszcie tam, gdzie w czasie narkozy chloroformowéj wystąpiły choćby w najlżejszym stopniu groźne objawy ze strony narządu krążenia jak zblednienie, zbytnie osłabienie tętna, synkope. Natomiast nie stosowaliśmy nigdy eteru u ludzi ze zmianami chorobowemi w narządzie oddechowym. Ponieważ jednak eter ma bardzo wybitne ujemne strony jak np. wielką trudność w otrzymaniu nim całkowitéj narkozy bez użycia umyślnie dla niego sporządzonych przyrządów jak n. p. przyrządu Clovera, Ormsby'a, Hawksley'a i t. d. zbytnie przeciąganie się okresu pobudzenia, wprawialiśmy wszystkich chorych w stan zupełnego znieczulenia chloroformem, narkozę zaś tę podtrzymywaliśmy nadal wdechaniem par eterowych, jak to nawet Kocher radzi [1]), przy użyciu tejże saméj maski.

W 45 przypadkach takiéj narkozy zużywaliśmy przeciętnie na jednę narkozę 16·8 gr. eteru przy przeciętnéj ilości chloroformu 9.0 gr. aż do nastania narkozy, 20,0 do podtrzymania działania eteru. Często bowiem mimo zastosowania eteru okazała się potrzeba w dalszym ciągu przyjść mu w pomoc chloroformem. Tak więc na przemian stosowaliśmy czasem chloroform z eterem w jednym i tym samym przypadku mimo przestróg Kochera, wychodząc z założenia, iż eter wdechany przez pewien czas mógł podnieść czynność serca chloroformem osłabioną. Największą ilość zużytego eteru stanowi 82,0 gr. najmniejszą zaś 3,0 przy ogólnéj ilości chloroformu do pomocy użytéj wahającej się między 2·0 gr. a 85·0. W jednym tylko przypadku (*hernia incarcerata* u kobiety — *herniolaparotomia* — *resectio int. coeci*) pokusiliśmy się uzyskać zupełną narkozę eterem stosowanym przyrządem Wiskemanna — jednak mimo zużytych 80·0 gr. eteru nie można było przystąpić do zabiegu, wymagającego zupełnego zwiotczenia powłok brzusznych i tak zmuszeni byliśmy wspomódz tę ilość eteru chloroformem w wcale pokaźnéj nawet dawce 25·0 gr.

O przypadłościach różnych, jakie w tych narkozach się zdarzały, wspominać oddzielnie nie będę ze względu, iż po pierwsze nie różniły się w niczem od przypadłości w przypadkach czysto chloroformowéj narkozy występujących, po drugie, iż eter, jak to już przedtem wspomniałem, często był używanym tam, gdzie już chloroform objawy zagrażające wywołał.

Mięszanki Billrotha nie stosowaliśmy wcale, zgadzając się w zupełności z wywodami Kochera, iż w mięszance téj działa tylko chloroform, gdy alkohol i eter mają znaczenie środka rozcieńczającego chloroform, aby tegoż pary w niezbyt mocnem zgęszczeniu choremu podawać. Zamiast nich można, jak słusznie Kocher radzi, pary chloroformowe powietrzem rozrzedzać.

Od czasu, jak kokaina zaczęła coraz więcéj wchodzić w użycie, gdy teoretyczne i doświadczalne prace Aurepa[1]) i Mosso[2]) wykazały, iż kokaina wprost przeciwnem działaniem się odznacza niż chloroform, bo podnieca czynność serca, podnosi ciepłotę ciała, jakoteż i doświadczenie lekarzy pouczyło, iż jest dzielnym środkiem przeciwwymiotnym nawet w morskiéj chorobie (Wicherkiewicz), zastosował ją prof. Dr Obaliński w połączeniu z chloroformem do narkozy [3]). Zrazu podawał prof. Obaliński kokainę w dawce od 1 — 3 ctg. w łyżce wody przed i po narkozie przyczem przekonał się, że częstość wymiotów zmalała. Potem jednak zmienił swe postępowanie i zastrzykiwał kokainę podskórnie w pole operacyjne poddawszy poprzednio chorego zwykłéj narkozie chloroformowéj. Że postępowanie to niezaprzeczone posiada zalety, świadczą cyfry poniżéj podane i sąd Dra Dombrowskiego wygłoszony na posiedzeniu towarzystwa lekarzy w Petersburgu, iż narkoza ta znosi prawie zupełnie wymioty w czasie operacyi, wszelkie niebezpieczne przypadłości przy narkozie rzadszemi czyni, i że chorzy znacznie prędzéj się budzą. Jako główną zaletę téj metody podaje Dr. Dombrowski, antagonistyczne działanie kokainy i chloroformu na serce. [4]) Do dziś dnia stosowaliśmy tę narkozę mięszaniną z chloroformu i kokainy 43 razy. Z roztworu 3 — 5% kokainy zastrzykiwano w pole operacyjne od 1 — 10 ctg. kokainy licząc w wyższych dawkach na neutralizujące działanie chloroformu i na ubytek kokainy przez następową operacyję w części nią znieczulonéj. Ilość chloroformu zuży-

[1]) Kocher. *Ueber komb. Chlorof. Aethernark.* Koresp. d. Schw. Aerzte. 1890. Nr. 18.

[1]) *Pflüger's Archiv.* XXI. — [2]) *Archiv. f. exp. Path. u. Pharmak.* XVIII. — [3]) „Przegląd Lekarski“ i „*Wiener klin. Wochensch.*“ 1888. — [4]) *St. Petersburger Medic. Wochschr.* 1890, Nr. 30.

ta obok kokainy wahała między 2,0 a 100 gr., gdy ilość chloroformu przy zwykłych narkozach wahała między 3 a 190,0 gr.

Narkozy te trwały najkrócéj 9 minut, najdłużéj 98 minut, przeciętnie 37 minut. Wymioty tak w czasie narkozy jak i po narkozie zdarzyły się 12 razy czyli 27%. Z narkoz tych przekonaliśmy się, jak to już prof. Dr. Obaliński był ogłosił, o ile są bezpieczniejszemi od zwykłych chloroformowych, o ile prędzéj chorzy do przytomności wracają, przykrego zmęczenia nie czują i rzadziéj wśród narkozy wymiotują. Tylko pobudzenie bywa znaczniejszem zwłaszcza już po oprzytomnieniu chorego.

W przypadkach, gdzie przy początkowéj zwykłéj narkozie zdarzyły się przypadłości jak zblednienie, zamartwica i t. d. stosowano eter, a gdy ten nie znieczulał dokładnie, zastrzykiwano w obwód pola operacyjnego kokainę, i tak powstały narkozy mięszane złożone z chloroformu, eteru i kokainy. Przypadków takich naliczyłem 20. Ilość kokainy zużytej wahała między 1 ctg. a 6 ctg., ilość eteru między 4 a 70, ilość chloroformu między 14 a 25,0 gr. Czas trwania narkozy najkrótszy wynosił 25 minut, najdłuższy 207 minut, przeciętnie 82 minut. Liczby te są dlatego wielkiemi, gdyż na 20 tych przypadków 4 razy miała miejsce zamartwica, początkowemi dawkami chloroformu wywołana, skutkiem czego wlicza się w te ilości i czas stracony na zabiegach sztucznego oddechania i t. p.

Od czasu odkrycia Nussbauma, że narkozę chloroformową można bezkarnie znacznie przedłużyć, jeśli się w czasie jéj zastosuje podskórnie morfinę, zaczęto tego sposobu używać, morfina bowiem zaoszczędza chloroformu w ten sposób, że mniejsze ilości chloroformu w obec niej już do zupełnéj narkozy wystarczają, skraca okres pobudzenia, przyspiesza nastanie narkozy, zmniejsza niebezpieczeństwo zadziałania chloroformu na serce.

Z dokładnie opisanych przypadków, w których narkoza chloroformu wzmocniona była wstrzyknięciem morfiny, znajduje się jeden zaledwie. Użyto w nim 0·010 morfiny na 36 gr. chloroformu w czasie 48 minut. Przypadek ten z innych względów ważny opiszę w dalszym ciągu.

Na 1793 dokładnie opisanych narkoz przypada na mężczyzn 1065, na kobiety 728. Dla pierwszych wynoszą przeciętne ilości według wzoru naszego $\frac{11{\cdot}5 + 19{\cdot}2}{9{\cdot}7 + 33}$, dla drugich zaś $\frac{9 + 17{\cdot}9}{8{\cdot}4 + 47}$. Maksymalne wynoszą odnośnie do x u mężczyzn 80 gr. w przypadku *carcinoma laryngis*, u kobiet 75 gr. i jestto druga maksymalna ilość chloroformu zużyta aż do wywołania narkozy. Ta ilość odnosi się do przypadku z rozpoznaniem *pes equinus — tenotomia tend. Achilis*; chora mimo tak znacznéj ilości chloroformu nie popadła w stan zupełnéj narkozy. Maksymalne odnośnie do x wynoszą u mężczyzn 110 gr. (*carcinoma laryngis*), u kobiet 80 gr. (*carcinoma uteri*). Maksymalne odnośnie do y i y' wynoszą u mężczyn 45 i 232 minut u kobiet 25 i 140 (*carcinoma recti*). Minimalne ilości według wzoru u kobiet są te same jak ogólne, a więc $\frac{2 + 1}{3 + 1}$, u mężczyzn $\frac{3 + 1}{3 + 1}$. Z tych zatem liczb dochodzi się do wniosku, że płeć wpływa na ilości chloroformu potrzebne do narkozy, ale nieznacznie. Zawsze ilość chloroformu u mężczyzn zużyta jest większa niż u kobiet. Z zestawień przypadłości wypada, że niepokój w czasie narkozy u kobiet rzadziéj się zdarza aniżeli u mężczyzn, toż samo zamartwica i omdlenie (*synkope*). Mocne pobudzenie spostrzegano również częściéj u mężczyzn; wymioty natomiast częściéj zdarzały się u kobiet tak w czasie narkozy, jak i po niéj. Odnośne liczby podaję poniżéj, przedstawiając przypadłości, które w czasie narkozy się wydarzały i po skończonéj narkozie.

Co do pierwszych: P o b u d z e n i e (*Excitatio*). Większość chirurgów przyjmuje cztery okresy w narkozie chloroformowéj: okres pobudzenia, snu, porażenia lub zapadu i obudzenia się. Czas trwania i szybkość przechodzenia jednego okresu w drugi są indywidualne. Zwłaszcza okres pobudzenia bywa u różnych ludzi różnym tak co do czasu trwania, jak i stopnia pobudzenia. Stwierdzono, że okres ten przedłuża się znacznie u nałogowych opojów, nerwowych, zwłaszcza u hysterycznych kobiet, a nawet u charłaków. Pobudzenie to znaczne, objawia się albo gwałtownemi ruchami, kurczami krótkotrwałemi (*clonus*) lub nawet tężcowemi, albo gadatliwością, śpiewami i t. d.

Wygórowane pobudzenie zauważono w 206 przypadkach (11%), a już bardzo silne i długie w 32 przypadkach, z których 20 przypada na mężczyzn, reszta na kobiety. W dwu przypadkach zauważono wybitny *opisthotonus*, po którym w jednym z nich (*carcin. ventric. accretum*) nastało nagle rozszerzenie żrenic, bladość trupia twarzy, omdlenie (synkope), jednak z zejściem pomyślnem. W dalszym ciągu narkozy użyto w tym przypadku eteru.

Znaczenie nadmiernego pobudzenia jest doniosłem, o ile ono dotyczy chorych z wadami sercowemi zwłaszcza w stanie niekompensacyi lub ze stłuszczeniem serca. Już druga komisya Hyderabadu oświadczyła, że nie chloroform, który owszem obniżeniem parcia ościennego krwi ułatwia pracę schorzałemu sercu, lecz wrażenie zbytnie, jakiemu chory ulega kładąc się na stół operacyjny i ruchy gwałtowne w okresie pobudzenia przy stanach tych patologicznych serca mogą się stać powodem śmierci. Nierzadko spotykano niepokój w przypadkach, w których okres pobudzenia nie przedstawiał nic uwagi godnego, w ciągu całéj narkozy mimo zupełnego znieczulenia i snu. Niepokój ten objawiał się ruchami chorego bezwiednymi, stękaniem i t. d. występował on w 3·3% przypadków, częściéj u mężczyzn, z tych znowu u potatorów i dotkniętych rakiem najczęściéj, przy ilości chloroformu na przeciąg całéj narkozy wahającéj między 9,0 gr. a 138,0 przeciętnie przy 47·8 gr. Niepokój ten zauważano również częściej u tych chorych, którzy już przed narkozą okazywali pewną obawę przed chloroformem.

(Dokończenie nastąpi.)

## IV. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Zatem warstwę właściwéj spojówki całkowicie zastąpiła niezwykle wybujała tkanka adenoidalna; prócz niéj były chyba zawsze prawie zwyrodniałe naczynia, gdyż tkankę łączną włóknistą, nadto zupełnie prawidłową i w bardzo małéj ilości, znajdowałem tylko w pobliżu niektórych naczyń krwionośnych. Co się tyczy komórek zarówno limfoidalnych

jakoteż śródbłonkowych, te stanowczo bynajmniéj w sprawie czynnie nie występowały. Siniawiec kampeszowy wyraźnie zaznaczał jądra komórek, karmin zabarwiał pierwoszcze, które zawsze było drobnoziarniste, wtedy nawet gdy ilość jéj bardzo była nieznaczną. Tak się przedstawiały komórki zarówno wśród istoty bryłek, jakoteż na powierzchni ich lub w środku zwyrodniałéj siateczki. Zdaniem mojem, jedyne zmiany jakim mogły ulegać komórki, były li tylko zanikowe wskutek ciśnienia przez otaczające zwyrodniałe części. Dodam tu jeszcze, że dokoła brył nigdy nie widziałem otoczek jądrowych, również ani w pobliżu brył, ani też pośród tkanki adenoidalnéj komórek olbrzymich wcale nie było.

Znaczne zmiany znalazłem w usuniętéj wraz z fałdem części luźnéj tkanki podspojówkowéj. Pośród tkanki téj znalazłem odosobnione zupełnie, lecz bardzo liczne bryły z istoty silnie światło załamującéj, o barwie również bladozielonéj. Kształt miały okrągły, podługowaty, walcowaty i wreszcie zupełnie nieprawidłowy. Nie trudno było przekonać się, że łączyły się one bezpośrednio z zupełnie prawidłowemi włókienkami i pęczkami tkanki łącznéj. W naczyniach krwionośnych w téj warstwie stanowczo zmian żadnych nie znalazłem, zresztą znajdowałem tu naturalnie przeważnie li tylko grubsze zwyrodnienia.

Przystępując do operacyi miałem na celu usunięcie fałdu wraz z górnym brzegiem chrząstki. Jednakże badanie anatomiczne udowodniło, że przy operacyi usunąłem tylko bardzo nieznaczną część tego brzegu i to li tylko w połowie wewnętrznéj powieki, mianowicie na kilkunastu skrawkach z okolicy téj pochodzących znalazłem odosobnione gruczołki Krausego, które zresztą z jednéj przynajmniéj strony otaczała prawidłowa tkanka adenoidalna. Nabłonek gruczołów żadnych zgoła zmian nie przedstawiał, dokoła zaś zrazików znalazłem jakby bardzo zgrubiałą własną błonę gruczołów (*m. propria*), również zabarwioną blado-zielono. Pęczki mięśnia Müllera w niektórych miejscach były bardzo lśniące i barwy bladozielonéj.

W celu zbadania istoty zwyrodnienia, poddałem wyroby działaniu rozczynu Lugola. Otóż już w dość krótkim czasie wyroby stawały się różnobarwnemi, przeważająca masa wybujałéj tkanki adenoidalnéj była zabarwioną żółtawo, barwa zaś ta stanowiła, że tak powiem, tło obrazu, na którym znajdowały się wysepki barwy brunatno-mahoniowéj, która przy dodaniu kwasu siarkowego najpierw stawała się znacznie ciemniejszą, później zaś jakby brudnofijoletową. Wysepki te najzupełniéj odpowiadały wszystkim utworom, które wejrzenie miały nader lśniące, przy zabarwieniu zaś siniawcem i karminem miały barwę bladozieloną; wyjątek stanowiły tylko w niektórych miejscach zwyrodniałe części pod samym przybłonkiem położone. Opracowując wyroby fijoletem metylowym, otrzymywałem obrazy najzupełniéj podobne do powstałych przy działaniu rozczynu jodu w jodku potasowym *per se*, lub też z dodaniem kwasu siarkowego, z tą tylko różnicą, że na niebieskiem tle znajdowały się wysepki barwy ciemnowiśniowéj. Zatem zwyrodnieniu skrobiowatemu w przypadku tym uległy: 1) ściany naczyń, zwłaszcza mniejszych, przeważnie tętnic i naczyń włosowatych; 2) przegródki siateczki adenoidalnéj, przeważnie w warstwie podprzybłonkowéj; 3) włókna luźnéj tkanki podspojówkowéj i 4) błona własna gruczołów Krausego i niektóre pęczki gładkich włókien mięśnia powiek Müllera. Co się tyczy komórek, te stanowczo czynnie w całéj sprawie nie występowały. Komórek przybłonka z oddziaływaniem skrobiowatem stanowczo nigdy nie napotykałem. Spęczniałych i o budowie jednolitéj komórek limfoidalnych lub też ziarnka istoty skrobiowatéj zawierających również nigdy nie widziałem. Wogóle przekonałem się, że komórki ulegać mogą li tylko jednéj zmianie, zanikowi stopniowemu wskutek ciśnienia, wywieranego na nie bądź przez zwyrodniałe naczynia, bądź też przez zwyrodniałe przegródki siateczki adenoidalnéj. Tak zwane bryłki skrobiowate, mojem zdaniem, należą raczéj do utworów sztucznie powstałych przy badaniu tkanek, zawdzięczają zaś swe pochodzenie kruchości téjże. Do wniosku tego najłatwiéj dojść możemy, badając je na cięciach grubszych, gdyż łatwo się w tym razie przekonać możemy, że nie stanowią one bynajmniéj utworów odosobnionych, lecz raczéj cały, że tak powiem, układ, całe sieci istoty skrobiowatéj powstałe, jak wyżéj nadmieniłem, z sieci naczyń krwionośnych, przeważnie z drobnych tętnic i naczyń włosowatych, w mniejszym znacznie stopniu z przegródek siateczki adenoidalnéj.

Jak powiedziałem już, w przypadku tym nastąpiła recydywa, która powstała w ciągu ośmiu tygodni. Dokonane badanie drobnowidowe dowiodło następującéj budowy: Nowotwór na cięciu ma kształt walcowaty; trzy czwarte powierzchni jego pokrywa przybłonek, złożony tylko z trzech warstw komórek, które wszystkie kształt miały płaski. Od podstawy do istoty wstępowały grube naczynia krwionośne o cienkich ścianach, otoczone luźną tkanką łączną; naczynia te rozgałęziały się wielodzielnie, pod przybłonkiem zaś tworzyły sieć włosowatą. Sieć ta znajdowała się już w obrębie tkanki adenoidalnéj, która tworzyła pod przybłonkiem warstwę przeszło 1 mm. grubości mającą. W tkance adenoidalnéj, nawet na wyrobach wypłukanych i oczyszczonych pędzelkiem, żadnych zgoła zmian nie znalazłem, nietylko w komórkach limfoidalnych, lecz nawet w przegródkach jéj siateczki. Natomiast większa część naczyń włosowatych i drobnych tętnic była zwyrodniałą, mianowicie światła naczyń włosowatych bardzo były zwężone, do średnicy jednego czerwonego ciałka krwi, rurki zaś śródbłonkowe otaczały pochewki 3—4 grubsze od światła. — Pochewki te były lśniące, silnie światło załamywały. Takie same pochewki znajdowałem również dokoła drobnych tętnic, chociaż nadto błona średnia tak dalece była w nich zgrubiałą, że grubość ta była o 2—3 razy znaczniejszą od pozostałych błon ściany. W grubszych tętnicach znalazłem tylko bardzo zgrubiałą błonę średnią, w żyłach żadnych zgoła zmian. Wspomniane pochewki od karminu zabarwiały się bardzo bladoróżowo, od siniawca wcale nie, od eozynu bardzo silnie; natomiast rozczyn Lugola zabarwiał je żółto, która to barwa nie ulegała zmianie przy dodaniu kwasu siarkowego; fijolet metylowy zabarwiał je niebiesko — mieliśmy więc w recydywie bynajmniéj nie skrobiowate, lecz li tylko szkliste zwyrodnienie.

Przyp. 4-ty. Od zasady Snellena operowania podwinięcia powieki musiałem odstąpić o tyle, aby jednocześnie usunąć pasemko zwyrodniałe; przeto skórę rozciąłem o 5 mm. wyżéj brzegu powieki, cięcie zaś dolne w chrząstce tylko o 1 mm. niżéj. Nie chodziło mi bynajmniéj o całkowite wycięcie części zwyrodniałych, gdyż już sam poprzedni przypadek dostatecznie przekonał mnie, że leczenie zwyrodnienia skrobiowatego spojówki bynajmniéj nie wymaga całkowitego usunięcia zwyrodniałych części, gdyż nawet samo obrażenie tkanek przy operacyi zdaje się wywoływać w nich wsteczne

przeobrażenie; wszakże po dokonanéj operacyi przekonać się mogłem, że usunąłem wszystko zwyrodniałe, gdyż cięcia były wykonane już w tkankach prawidłowych. Usunięte kamienie przechowałem w wyskoku, pozostałą część wyciętą w płynie Müllera. Część pryzmatyczną przy operacyi usuniętą rozciąłem na dwie połowy i zeskrobałem powierzchnię jednéj połowy wprost nożem. W masie w ten sposób otrzymanéj znalazłem obok drobnych komórek limfoidalnych liczne a najrozmaitszego kształtu, silnie światło załamujące i lśniące cząstki czyli bryłki. Badając przy świetle z góry padającem, spostrzegłem w nich liczne, nakształt iskier lśniące miejsca, co dowodziło częściowego zwapnienia bryłek. Po opracowaniu rozczynem Lugola, bryłki zabarwiły się czerwono-brunatno, po dodaniu kwasu siarkowego jasno fijoletowo, od rozczynu fijoletu metylowego bryłki przyjęły wiśniową barwę. Zresztą w obu ostatnich razach zabarwienie wystąpiło wyraźnie dopiero po upływie 2—3 godzin. Kilkotygodniowe przechowanie części wyciętéj w płynie Müllera wystarczyło do zupełnego odwapnienia tkanki. Na cięciach poprzecznych znalazłem: przybłonek spojówki chrząstki składał się z 3—4 warstw płaskich komórek, bezpośrednio pod nim znajdowała się tkanka adenoidalna, któréj wybujałość wprawdzie nie była znaczną, gdyż grubość warstwy nie przenosiła 3—4 razy prawidłową. W warstwie téj niektóre drobne naczynia krwionośne miały bardzo zgrubiałą błonę średnią, wązkie światło, dokoła zaś ich znajdowały się bladozielone silnie światło załamujące i lśniące pochewki. Naczynia włosowate również otaczały lśniące pochewki, światło zaś ich często zupełnie znikało. W niektórych miejscach zgrubiałość ścian uwydatniała się w jednym przeważnie kierunku, a wtedy przy badaniu pobieżnem zgrubiałości te jako bryły odosobnione wyglądały, wszakże w środku ich zawsze można było widzieć resztki naczyń krwionośnych, bądź światło, bądź ciałka krwiste. Pod warstwą adenoidalną w tkance podspojówkowéj znajdowały się grubsze naczynia krwionośne, tętnice o zgrubiałéj błonie średniéj, żyły o zgrubiałéj błonie dodatkowéj, lecz płaszczów lśniących dokoła tych naczyń wcale nie było. Natomiast na pęczkach tkanki łącznéj bardzo często widziałem zgrubiałości, włókna na pewnéj przestrzeni były spęczniałe, barwy bladozielonéj, bardzo lśniące. W innych znów miejscach znajdowały się pasemka tkanki adenoidalnéj zmierzające ku istocie saméj chrząstki, w któréj tworzyły gniazda odosobnione. Zresztą o prawdziwym stosunku tkanki adenoidalnéj względem istoty chrząstki sądzić trudno, gdyż kamienie znajdowały się właśnie przeważnie w istocie saméj chrząstki, bliżéj błony podspojówkowéj. Z gruczołami Meiboma nie miały one nic wspólnego, gdyż te były prawidłowe i tylko powierzchnie zrazików ku spojówce zwrócone, otaczały lśniące, bladozielone pasemka. Na skrawkach widoczne były odpowiednio wyjętym kamieniom, znaczne przerwy, które wszędzie prawie odgraniczały komórki olbrzymie o niezliczonéj ilości jąder, zawsze obok brzegu komórek położonych. Komórki często nawet były ułożone we dwie warstwy; pierwoszcze ich bardzo wyraźnie zabarwiało się od karminu, przyległe do nich tkanka adenoidalna i włókna tkanki łącznéj były zupełnie prawidłowe. Komórki przeto czynnéj roli w wytworzeniu zwyrodnienia odegrać bynajmniéj nie mogły, przeciwnie same powstały raczéj wtórnie, wskutek rozwoju w tkance ciał obcych, kamyków. Kamyki te bardzo były twarde, w kwasie solnym zupełnie się rozpuszczały, składały się wyłącznie prawie z fosforanu i węglanu wapna.

Opracowując skrawki rozczynem Lugola, już po krótkim czasie otrzymałem czerwonobrunatne zabarwienie części, które przy podwójnem barwieniu karminem i siniawcem zabarwiały się blado-zielono, mianowicie płaszczyków drobnych tętnic i naczyń włosowatych, odosobnionych zgrubiałości drobnych naczyń, spęczniałych w niektórych miejscach włókien tkanki łącznéj pozaspojówkowéj i wreszcie płaszczyków wewnętrznéj powierzchni zrazików gruczołów Meiboma. Dodając następnie kwasu siarkowego, po upływie pół godziny części wyż wspomniane zabarwiały się fijoletowo. Fijolet metylowy zabarwił części te wiśniowo-czerwono. Wszakże zabarwiały się typowo bynajmniéj nie wszystkie części, które przy barwieniu podwójnem karminem i siniawcem pozostały bladozielonemi; oddziaływanie występowało wybitnie w tak zw. bryłkach i podprzybłonkowych naczyniach włosowatych, w tkance łącznéj podspojówkowéj i w płaszczykach, otaczających wewnętrzną powierzchnię zrazików gruczołów Meiboma, natomiast o wiele słabiéj i bynajmniéj nie zawsze występowało oddziaływanie w płaszczykach drobnych tętnic. Prócz tego często napotykałem wyspy całą grubość części wyciętéj obejmujące, w obrębie których oddziaływanie wcale nie występowało. Daléj jakkolwiek tkanka adenoidalna wydawała się na skrawkach zupełnie prawidłową, jednakże badając wytrzęsione w wodzie lub wymyte za pomocą pędzelka wyroby, przekonałem się, że przegródki siateczki, zwłaszcza w warstwie podprzybłonkowéj, w niektórych miejscach bardzo były zgrubiałe o tyle, że grubość wynosiła przeszło połowę średnicy komórek limfoidalnych. Wszakże oddziaływania skrobiowatego w przegródkach nigdy nie otrzymałem. Co się tyczy komórek zarówno limfoidalnych jakoteż olbrzymich, te nigdy nie były ani przeistoczone w jednolite masy, ani też przy użyciu wzmiankowanych odczynników nie dostrzegłem w nich ziarnek istoty skrobiowatéj.

Zatem w przypadku tym mieliśmy: 1) wybujałość tkanki adenoidalnéj, chociaż w stopniu o wiele mniéj znacznym niż w poprzednich przypadkach; 2) zwyrodnienie tylko szkliste przegródek siateczki adenoidalnéj; 3) zwyrodnienie w części szkliste, w części skrobiowate drobnych tętnic i naczyń włosowatych; 4) komórki olbrzymie, lecz powstałe niezawodnie wtórnie tylko, wskutek tego, iż w tkance 5) miał miejsce rozwój względnie obszernych zwapnień i 6) w sprawie zwyrodnienia zarówno szklistego, jakoteż skrobiowatego komórki bynajmniéj czynnie nie występowały.

---

Pozostaje nam obecnie uczynić kilka wniosków ogólnych co do patologii zwyrodnienia szklistego i skrobiowatego spojówki. Przypadki zwyrodnień tych dość są rzadkie, lecz natomiast budowa spojówki o wiele jest prostszą od budowy narządów miąższowych, przeto dane dla spojówki otrzymane, mogą mieć wielką doniosłość dla patologii ogólnéj zwyrodnienia skrobiowatego. Potem co wyżéj o stosunku sprawy względem jaglicy ze stanowiska klinicznego powiedziałem, nie wypadałoby nawet powtarzać, że oba cierpienia stanowczo nic wspólnego ze sobą nie mają. Badania anatomiczne również fakt powyższy najzupełniéj stwierdziły.

Przedewszystkiem chodzi o to, czy zwyrodnienia szkliste i skrobiowate uważać wypada za formy odrębne, czy

też tylko za pewne okresy tego samego cierpienia. — Zdaniem Raehlmanna i ucznia jego Kublego, mamy jednę tylko sprawę, w przebiegu któréj wyraźnie jakoby odróżnić się dają cztery okresy: 1) rozrost tkanki adenoidalnéj, 2) zwyrodnienie szkliste, 3) zwyrodnienie skrobiowate i 4) okres skostnień i zwapnień. Vossius znów utrzymuje, że obie formy zwyrodnienia tyle tylko mają ze sobą wspólnego, że początek sprawy polega na bujaniu tkanki adenoidalnéj, gdyż form przejściowych pomiędzy oboma zwyrodnieniami nie spostrzegał. Następnie, zdaniem jego, zarówno makroskopowe, jakoteż drobnowidowe wejrzenie części zwyrodniałych jest w obu razach zupełnie odmienne. Co do mnie, nie podzielam obu tych zdań. Najpierw co do własności fizycznych. Raehlmann i Kubli utrzymują, że w okresie zwyrodnienia szklistego tkanki są sprężyste i nieprzejrzyste, w okresie zaś skrobiowatego zwyrodnienia przejrzyste i kruche, Vossius zdaje się przywiązywać wielką wagę do utworów w tkance, jak rozgotowane ziarnka sagowe wyglądających. Przypomnę tylko, że w przypadku Kamockiego tkanka była kruchą i przejrzystą, posiadała ziarnka sagowe, a jednak zwyrodnienie tylko szklistem było, że w pierwszym przypadku moim zwyrodnienie było li tylko szklistem, a jednak ziarnka sagowe również bardzo wyraźnie występowały, przeciwnie w 3 cim i 4-tym moim przypadku, chociaż oddziaływanie na istotę skrobiowatą najzupełniéj się udało, utworów sagowych wcale nie było, tkanki zaś bynajmniéj nie były ani przejrzyste, ani też kruche; że w przypadku Hippela w obrębie cząstek jak ziarnka sagowe wyglądających, oddziaływanie wcale się nie udało. Kruchość zdaje się zależeć raczéj od okoliczności, że zwyrodnieniu uległy tkanki niemal całkowicie, jak to miało miejsce w przypadkach, w których narośle olbrzymie miały wymiary (Zwingmann).

(Dokończenie nastąpi).

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

**IV. Posiedzenie z d. 7 marca 1891 r.**

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 24. Jako gość kol. Iwański.

1) Kol. przewodniczący zawiadamia, że z powodu jubileuszu prof. Majera wysłał telegram gratulacyjny w imieniu sekcyi. Kol. Merunowicz dodaje, że Rada Zawiadowcza również wysłała adres gratulacyjny.

2) Następnie ogłasza przewodniczący przysłaną do bióra sekcyi odezwę zapraszającą do wzięcia udziału w obchodzie jubileuszowym dla Virchowa. Uchwalono przyłączyć się do tego obchodu i polecono bióru Sekcyi tem się zająć.

3) Kol. Seifman przedstawia liczne preparaty perlicy.

4) Kol. Feigel opisuje wynik nekroskopii zmarłego na gruźlicę a leczonego kochiną. Kol. Opolski opowiada przebieg choroby tegoż.

5) Kol. Ziembicki przedstawia 1) kamyk ślinowy wyjęty z przewodu Wartona. 2) chorego z rozległemi żylakami podudzia, u którego ma zamiar podwiązać *venam saphenam*, co obecnie Thiersch zaleca. 3) chorego ze znacznem stwardnieniem i zgrubieniem prącia wskutek sprawy zapalnéj.

6) Kol. Widman mówi o dyjagnostycznem znaczeniu szmerów sercowych. W dyskusyi zabierali głos koll. Prus, Rosenbusch i prelegent. *Dr. Mukowicz*, sekretarz.

## VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Nastąpił wykład Dra Zawadzkiego z Warszawy: Wymioty nerwowe, przyczynek do ich leczenia.

Mowca odróżnia dwa główne rodzaje wymiotów: jedne, które pochodzą od zadrażnienia zakończeń nerwowych w żołądku i te występują jako odruch, drugie będące następstwem znacznego zmniejszenia pojemności żołądka. Co do leczenia, to Z. postępuje w ten sposób, że wprowadza do żołądka wielką ilość wody sodowej, którą wlewa wprost z syfonu.

Dyskusyję nad tym przedmiotem rozpoczął Dr. Rajchman zwracając uwagę prelegenta na to, że należy odróżniać zwracanie czyli regurgitacyję, w któréj powstawaniu tłocznia brzuszna nie bierze udziału, od właściwych wymiotów. Leczenie metodą Zawadzkiego może być skuteczne wobec tego, że w nerwowych wymiotach np. u histeryczek działają korzystnie, czasem nawet środki wymiotne np. *ipecacuanha*.

Dr. Dunin podaje w wątpliwość działanie metody Zawadzkiego w wymiotach nerwowych, które są zazwyczaj odruchem biorącym początek nie od zakończeń nerwowych w żołądku lecz zkąd, inąd jak to np. rzecz się ma w macicznicy. Leczenie miejscowe w przypadkach wymiotów na tle takiego odruchu lub co gorsza na tle zmian w układzie nerwowym środkowym nie ma racyi bytu.

Co się tyczy drugiej przyczyny wymiotów podanéj przez prelegenta tj. zmniejszenia objętości żołądka, to mowca nie uważa za dowiedzione, aby w przypadkach, w których przyjęcie małéj ilości płynu wywoływało wymioty, rzeczywiście takie zmniejszenie pojemności istniało. Sam widział przypadek raka, który zajmował prawie wszystkie ściany żołądka, gdzie do minimum skurczony żołądek dość dużo płynu znosił. Co do samej metody, która nie jest nową — gdyż od dawna podaje się w wymiotach uporczywych wodę sodową, wino szampańskie — to przedewszystkiem należałoby zdaniem D. zbadać, co właściwie działa, czy mechaniczne rozszerzanie żołądka, czy obecność $CO_2$. D. przypisuje korzystny wpływ tego środka jedynie sugestyi.

Dr. Biegański również przypisuje działanie powyższéj metody wpływowi psychicznemu po wprowadzeniu zgłębnika, gdyż małe parcie, jakie wywiera $CO_2$ na ściany żołądka żadną miarą nie może wpływać na wymioty.

Innego zdania jest prof. Gluziński, który sądzi, że jakkolwiek wymioty lub zwracania nerwowe są sprawą centralną lub odruchową z narządów odleglejszych, przecież obok leczenia ogólnego zaniedbywać nie należy zabiegów leczniczych miejscowych. Jako przykład cytuje mowca udar mózgowy, w przebiegu którego przecież leczenie nasze kierować się musi na obwodowe narządy porażone. Leczenie miejscowe żołądka tem bardziej jest wskazane w tych rodzajach wymiotów nerwowych, które są połączone z nadmierną wydzieliną (*gastroxynsis* Rosenbach), gdzie to nadmierne wydzielanie jakkolwiek jest pochodzenia centralnego koniecznie zapomocą środków miejscowych pokonywać trzeba. Jakkolwiek więc wytłomaczenie działania metody prelegenta jest wątpliwe, to jednak nie zawadzi próbować jej obok leczenia ogólnego.

Prof. Korczyński zestawia pokrótce rodzaje wymiotów nerwowych. W wywodzie swym zwraca uwagę na konieczność ścisłego badania chemizmu i mechanizmu trawienia w każdym przypadku, gdyż nieraz zdarza się, że wymioty, które uważamy za nerwowe, mają swą przyczynę w zmianach anatomicznych lub czynnościowych żołądka. Są to wymioty odruchowe wychodzące z zakończeń nerwowych żołądka. Zabiegi lecznicze — jak zawsze — koniecznie należy zastosować do przyczyny cierpienia. I tak w wymiotach ściśle nerwowych bez zmian w żołądku, leczenie skierować należy na układ nerwowy, na ogólne odżywienie; w histeryi ogromny wpływ wywiera sugestyja. W wymiotach odruchowych, należy całą uwagę zwrócić na narząd,

z którego odruch wychodzi. Wreszcie w przypadkach, w których istnieje zboczenie bądź anatomiczne bądź też tylko czynnościowe w samym żołądku, na to cierpienie przedewszystkiem środkami leczniczemi wpływać należy. Tu wylicza mowca wskazania lecznicze w głównych rodzajach chorób żołądka tj. w połączonych z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego i w łączących się z niedomogą wydzielniczą, i wreszcie w niedomodze ruchowej, która także pociągnąć za sobą może wymioty. Zabieg leczniczy Dra Zawadzkiego może znaleść zastosowanie w niektórych przypadkach wymiotów, lecz środkiem ogólnym, leczącym wymioty nerwowe nazwać go nie można.

Następny z kolei wykład Dra Buzdygana i Prof. Gluzińskiego p. t: „Zachowanie się czynności żołądka w różnych postaciach niedokrewności a w szczególności w błednicy“ będzie umieszczony w Przeglądzie Lekarskim i dlatego treści tu nie podajemy.

IV wykład Dra Rajchmana z Warszawy „O powstaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowéj *(cholelithiasis)*. Za okoliczności etyjologiczne kamicy żółciowéj uważa R. przedewszystkiem dyjatezę ustrojową, polegającą prawdopodobnie na zboczeniu w przemianie materyi będą bądź dziedziczną, bądź też przez odpowiedni tryb życia nabytą, powtóre zaś mogą przyczynić się do powstawania kamieni żółciowych wszelkie zmiany utrudniające odpływ żółci z przewodów. Co do objawów, podnosi prelegent bardzo częste pojawianie się gastralgii i enteralgii w przebiegu kamicy. Odróżnić napad gastralgii od kolki wątrobowéj można po umiejscowieniu bólu i po tem, że w czasie napadu kolki występuje żółtaczka, pojawiają się barwiki żółciowe w moczu, a po napadzie wydalają się czasem z kałem kamyki; tego wszystkiego w gastralgii występującéj w przebiegu kamicy nie spotykamy. Natomiast rozpoznanie, czy gastralgija i enteralgija są na tle kamicy, nie jest rzeczą łatwą. Anamneza, pojawianie się od czasu do czasu kamyków w stolcach, wykluczenie sokotoku żołądka, wrzodu okrągłego, robaków, wiądu rdzenia mogą ułatwić rozpoznanie. Jako następstwa kamicy wylicza R. rozstrzeń żołądka wywołaną przez zrosty sprawiające zwężenie odźwiernika lub dwunastnicy, i przetoki żołądkowo pęcherzykowe.

Leczenie radykalne jest niemożebne. Najlepsze rezultaty osiąga się zapomocą dyjety przeważnie mlecznej i przez stosowanie wód alkalicznych, jak wody karlsbadzkiéj, Vichy, środków przeczyszczających, oliwy, salicylanu sodowego i przepłukiwania jelit. Ważnem jest leczenie zdążające do wywarcia wpływu na przemianę materyi, a w przypadkach dużych kamieni wskazane są zabiegi chirurgiczne. (C. d. n.).

Dyskusyję rozpoczął prof. Korczyński podnosząc trudności, jakie kamica żółciowa nastręcza rozpoznaniu i wskazując, jak często się zdarza, że choroba ta przedstawia obraz podobny do zimnicy, kamicy nerkowej i t. p., albo że znajdujemy przy sekcyi kamyki żółciowe, które za życia żadnych objawów nie wywoływały. To też jedynym pewnym objawem kamicy żółciowej jest pojawianie się kamieni w kale. Dlatego dziwnem się wydaje, że Dr. Reichmann uważa gastralgiję za objaw towarzyszący kamicy. Bo jeżeli kamyków w kale nie ma, to przyczyny gastralgii poznać nie możemy, jeżeli zaś kamyki znajdujemy w kale, to t. z. „kurcz żołądka“ uważać możemy za kolkę żółciową. Wiadomo bowiem, że ból występujący w kolce żółciowej rozpromienia się tak, że o umiejscowieniu się bólu, które Dr. Rajchman uważa jako objaw, który ma służyć do rozróżnienia kolki żółciowéj od gastralgii, mowy być nie może. Na dowód przytacza mowca okoliczność, że nierzadko w zapaleniu opłucny chory wskazuje na ból po stronie zdrowéj. Podobnie jak umiejscowienie, i charakter bólu jako rzecz bardzo względna i nieuchwytna nie może rozstrzygać. Wreszcie brak żółtaczki także nie dowodzi, że mamy do czynienia z „kurczem żołądka“, albowiem kamienie mogą się znajdować w woreczku żółciowym lub w jego przewodzie i ztąd wywołać kolkę, a przecież odpływ żółci z wątroby do jelit może być nieprzerwany, a tem samem nie ma powodu do wystąpienia żółtaczki. Oto przyczyny, dlaczego przyjęcie nowej postaci chorobowéj, mającej występować w przebiegu kamicy żółciowej nie jest dostatecznie uzasadnione, a natomiast przypuszcza mowca, że ta nowa postać chorobowa jest tylko kolką żółciową, w której ból się rozpromienia. W przemówieniu tem zapytuje prof. Korczyński prelegenta, czy przez „kurcz żołądka“ rozumie gastralgiję w zwykłem znaczeniu, czy też kurcz rzeczywisty błony mięsnej żołądka.

Dr Rajchman w odpowiedzi powołuje się na te okoliczności, które w wykładzie swym przytoczył i za pomocą których starał się rozróżnić gastralgiję od kolki żółciowej. Czy ból w okolicy żołądka jest następstwem skurczu mięśni żołądka, drogą odruchową wywołanego, rozstrzygnąć mowca nie może, jakkolwiek możebność takiego powstawania nie jest wykluczoną, jak tego dowodzą doświadczenia.

Dr. Dunin zwraca uwagę na częste występowanie dziedziczne kamicy żółciowej i na podstawie swych spostrzeżeń zalicza ją do grupy chorób konstytucyjonalnych. Zgadza się z zapatrywaniem prof. Korczyńskiego co do trudności rozpoznania i co do znaczenia gastralgii w przebiegu kamicy żółciowej; na potwierdzenie zaś tego przytacza występowanie napadowe bólów w tej chorobie, co się nie zdarza w obec bólów, mających swą siedzibę w żołądku. Dość częstym objawem towarzyszącym napadowi jest gorączka, prawdopodobnie następstwo ropienia w przewodach żółciowych; czasem kamienie są przyczyną niedrożności jelit, kończącéj się nieraz śmiercią Jako jedyne skuteczne leczenie uważa mowca stosowanie morfiny, którą w ostatnich czasach podawał razem z antipiryną.

Prof. Korczyński zwraca dodatkowo uwagę na objaw będący wyrazem dążności przechodzenia kamieni żółciowych, a polegający na wystąpieniu nagłem bólu w okolicy wątroby połączonego z napięciem pęcherzyka żółciowego. Po takim napadzie nie zawsze kamyki odchodzą, lecz dzieje się to czasem po miesiącach lub latach. Jestto tak zwane wrzekome przechodzenie kamyków żółciowych.

Dr. Sokołowski na podstawie własnych spostrzeżeń znajduje analogiję między gastralgiją, występującą w przebiegu kamicy żółciowéj a gastralgiją, która się pojawia wobec kamieni nerkowych, a którą mowca uważa za następstwo zboczeń w przemianie materyi. Co do leczenia, to stosował z pomyślnym skutkiem kalomel w dawce dziennej 0·30.

Dr. Paszkowski kładzie nacisk na występowanie gorączki w czasie napadów kolki żółciowej, jako objaw bardzo ważny wobec trudności w rozpoznawaniu. Radzi także stosować morfinę, ale w niektórych przypadkach bez podawania środków przeczyszczających, z których bardzo dobrym jest kalomel.

Dr. Biegański cytując różne przykłady, dowodzi, że gastralgija polega rzeczywiście tylko na rozpromienianiu się bólu. Gorączka, będąca prawdopodobnie objawem odruchowym, wywołanym przechodzeniem kamyków przez przewody żółciowe, rozstrzyga zdaniem mowcy o rozpoznaniu.

### *Sekcyja chirurgiczna.*

Posiedzenie I, dnia 17 lipca 1891 po południu.

Przewodniczącym na I. posiedzenie wybrano prof. Kosińskiego z Warszawy, jego zastępcą Dra Dembowskiego, sekretarzem Dra Wachholza.

I. wykład. Prof. Obaliński: Przyczynek do rozróżnień guzów jamy brzusznéj.

Prelegent powołuje się na przypadek opisany przez siebie na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich, w którym rozpoznano przed operacyją torbiel jajnika, a podczas operacyi przyszedł prof. O. do przekonania, że ma do czynienia z hydronefrozą. Otóż badanie anatomo-patologiczne uskutecznione przez prof. Browicza doprowadziło do wniosku, że guz ten nie jest wodonerczem, lecz torbielem zaotrzewnowym powstałym z resztek ciała Müllera, które nie rozwinęło się do wytworzenia nerki. Podobny przypadek opisano dopiero w najnowszych czasach. Rozpoznawanie takiego guza polega głównie na tem, że nadzwyczaj powoli rośnie, że

rzadko dochodzi do wielkich rozmiarów i rzadko sprawia dolegliwości, że treść jego jest jasna i czysta, ściany są cienkie i daje się łatwo wyłuszczyć.

W dyskusyi przytacza Dr. Ziembicki przypadek bardzo pouczający, w którym przy operacyi przedsięwziętéj z powodu guza złośliwego, przekonał się, że był to żołądek rozdęty do kolosalnych rozmiarów tak, że wypełniał całą jamę brzuszną. Przyczyną rozdęcia było zwężenie odźwiernika. Chory umarł w kilkanaście dni po operacyi z powodu charłactwa.

Podobny przypadek podaje Dr. Steiner; w przypadku tym tak łudzącą była puchlina brzuszna, że zamierzano wykonać punkcyję. Na szczęście tego nie uskuteczniono, chory jednak po pewnym czasie umarł z wyniszczenia.

II. Dr. Dembowski: Przyczynek do chirurgii nerek.

Mowca wykonał w przypadku nerki wędrującéj nefropeksyję w ten sposób, że szew przeprowadził nietylko przez *capsula adiposa* lecz i przez *caps. fibrosa*, a nawet przez miąższ nerkowy. Przez długi czas rezultat był bardzo dobry, późniéj jednak silne bóle, które pierwotnie trapiły chorego, powróciły, a przy badaniu prelegent przekonał się, że dolny koniec nerki stał się znowu ruchomym; wskutek tego stracił zaufanie do tego nowego sposobu operowania.

W dyskusyi zabiera głos prof. Obaliński i na podstawie własnego doświadczenia wypowiada przekonanie, że nerkę lub śledzionę wędrującą należy bezwarunkowo wyciąć, a nie próbować ustalenia, gdyż zrosty, jakie przez przyszywanie wywołujemy, późniéj się zazwyczaj rozciągają i mogą nawet stać się przyczyną niedrożności jelit.

Innego zdania jest Dr. Schramm, który zwraca uwagę na to, że usuwanie nerki nie jest rzeczą błahą wobec tego, że skonstatowanie, czy druga nerka prawidłowo funkcyjonuje, jest — szczególnie u mężczyzn — bardzo trudne i że zrosty przecież dość długo się utrzymują w pierwotnym stanie, jak tego dowodzą znane przypadki, w których nerka przyszyta jeszcze po kilkunastu miesiącach na miejscu pozostawała.

Prof. Kosiński jest również przeciwnikiem wycinania nerki wędrującéj, jeżeli takowa nie jest zmieniona. W ogólności rzadko kiedy mowca był zmuszony do interwencyi chirurgicznéj w obec nerki wędrującej.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

*Dr. Beck.*

## VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 6-go sierpnia 1891. Dnia 4-go b. m. ukończyła we Lwowie obrady swoje ankieta zwołana przez Wydział krajowy w sprawie krajowych zakładów dla umysłowo chorych. Obradom przewodniczył członek Wydziału krajowego dr. Hoszard, brali zaś udział: dyrektor zakładu dla umysłowo chorych w Wiedniu dr. M. Gauster, protomedyk dr. Merunowicz, prof. dr. Blumenstok, doc. dr. Żuławski, prymaryjusze szpitalów lwowskich drowie Opolski i Edward Stella-Sawicki, posłowie dr. Włodzimierz Kozłowski i Trzecieski. Poseł dr. Kozłowski przedłożył ankiecie bogaty materyjał statystyczny, tudzież rezultaty swych podróży, w których zwiedzał i szczegółowo badał urządzenia bardzo wielu zakładów zagranicznych. Jako bezpośrednie następstwo obrad ankiety zapisujemy zarządzenie zamknięcia piwnicznych separatek w zakładzie krakowskim. Wnioski i doniosłe uwagi ankiety, których wprowadzanie w życie zreformuje nieprawidłowe pod tym względem stosunki odnoszą się nietylko do zakładu kulparkowskiego, lecz zmierzają do utworzenia nowego zakładu w zachodniéj części kraju w pobliżu Krakowa.

* **Kraków** dnia 5-go sierpnia 1891. Na zjazd higijeniczny wyjechali do Londynu: prof. dr. Pareński, fizyk miejski dr. Buszek, dyrektor budownictwa miejskiego p. Niedziałkowski i delegat Towarzystwa technicznego krakowskiego p. inżynier Serkowski. Ze Lwowa udał się do Londynu protomedyk dr. Merunowicz.

* W Mekce szerzy się cholera z dnia na dzień; także w Aleppo zdarzają się coraz częściéj przypadki śmierci z cholery. Skoro się uwzględni, że Aleppo pozostaje w ciągłéj styczności z Turcyją europejską i to tak za pośrednictwem dróg morskich jakotéż lądowych, nie jest wykluczonem niebezpieczeństwo przewleczenia zarazy do krajów Europy. Z krajów podlegających berłu austro-węgierskiemu najbardziéj zagrożoną jest Bosnia, zwłaszcza, że w liczbie 50.000 pielgrzymów bawiących obecnie w Mecce znajduje się wielu bosniaków. — Ofiarą zarazy padł już lekarz policyjny z Serajewa dr. Makowec, wysłany do Dżeddy celem badania pielgrzymów bośniackich, powracających z Mekki. Tego samego zadania podjął się obecnie rodak i współpracownik nasz, znany ze swych badań bakteryjologicznych dr. Justyn Karliński, lekarz powiatowy w Konicy w Bośnii, który udaje się do El-Dor. Nie wątpimy, że z trudnego i z ogromną odpowiedzialnością połączonego zadania wywiąże się kol. K. ku zadowoleniu całego rzec można stałego lądu Europy i że po szczęśliwym powrocie z dalekiego południa podzieli się swemi spostrzeżeniami z czytelnikami naszego pisma.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy (pozostawione już z r. 1890) do nagród z funduszu dra Walentego Koczorowskiego:

1) Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych.

2) Zbadać zmiany anatomiczne w ścianach dróg odechowych w przewlekłych nieżytach.

3) Zbadać sposoby mnożenia się komórek w nowotworach patologicznych.

4) Wykazać na podstawie własnych badań: pochodzenie morfologiczne, różnice i fizyjologiczną rolę białych ciałek.

Termin do złożenia rozpraw oznaczono do dnia 31 marca 1892 roku. Za pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagrodę 300 rubli. Rozprawy nagrodzone będą drukowane nakładem Tow. lek. warsz. najmniéj w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadsyłać należy do sekretarza stałego Tow. lek. (ul. Niecała l. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych. Do nagród zaś z fundacyi dra Adama Helbicha (po 150 rubli) tematy:

1) O ile jest uzasadnionem stosowanie kąpieli i wód siarczanych podczas specyficznego leczenia kiłą dotkniętych?

2) Wpływ mleka i jego przetworów na kwasotę moczu (z ilościowem oznaczeniem mocznika, kwasu moczowego itd.).

3) Czy i o ile słusznem jest twierdzenie nowszych badaczów włoskich (Lucatello, Griffini, Maragliano), że krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, chociaż one się znajdują w obfitości w wysiękach w téj chorobie.

4) Na podstawie badania własności chemicznych i fizyjologicznych soku żołądkowego określić, czy i o ile faradyzacyja brzucha działając na ruchową czynność żołądka wpływa zarazem na jego chemizm.

5) Zbadać na zwierzętach działanie środka Kocha pod względem immunizacyi i znaczenia leczniczego.

6) Zbadać na podstawie anatomicznéj i klinicznéj kwestyję tak zwanéj enteroptozy Gierarda.

Termin do złożenia tych (ostatnich sześciu) rozpraw oznacza się do 31 marca 1894 roku.

* Dr. Weissenberg zawiadamia nas, że wbrew pogłosce rozszerzonéj przez pewne pisma lekarskie, praktykuje jak dawniéj w Kołobrzegu. Dr. W. jest także kierownikiem lekarskim zakładu solankowego i szpitala miejscowego.

* Do d. 26 lipca było w Rymanowie gości 926; w Krynicy do d. 27 lipca 2741 osób; w Truskawcu do 25 lipca 784 osób; w Szczawnicy do d. 31 lipca 2246; w Cieplicach czeskich do 28 lipca osób 4681.

* W tygodniu 29-ym (od 19—25 lipca) było w Krakowie małżeństw 9, urodzin 48, skonów 38; z tych z gruźlicy 9, z nieżytu żołądka i jelit 6, z zapalenia płuc 4, z dławca i płonicy 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Zwyczajny prof. uniwersytetu niemieckiego w Pradze dr. Józef Maschka otrzymał z powodu przeniesienia w stan spoczynku tytuł radcy dworu. Tak więc zasłużony profesor medycyny sądowéj i jeden z najwybitniejszych lekarzy sądowych w Austryi kończy swoją działalność nauczycielską. Katedrę medycyny sądowéj obejmuje dotychczasowy asystent prof. Hofmanna i docent uniw. wiedeńskiego dr. Arnold Paltauf, mianowany profesorem nadzwyczajnym w uniwersytecie niemieckim w Pradze. — **Berlin.** Dr. Rubner z Marburga powołany został na katedrę higijeny; prof. Robert Koch został bowiem zamianowany dyrektorem zakładu dla chorób zakaźnych. — **Lipsk.** Drowie His i Romberg asystenci prof. Curschmana habilitowali się jako docenci do chorób wewnętrznych.

* **Wiadomości osobowe.** C. i k. lekarz pułkowy dr. Wilhelm Strzechowski przeniesiony został do szpitala garn. Nr. 26, dr. Władysław Leszczyński do 77-go pułku pieszego; dr. Teodor Bohosiewicz do szpitala garn. Nr. 6; dr. Seweryn Eisenberg do 89 pułku pieszego.

* **Nekrologija.** W Monachijum zmarł dr. Alojzy Martin, od roku 1840 profesor medycyny sądowej. Zmarły liczył lat 73.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.